



CONSENTIMIENTO - VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Yo, _____ mayor de edad, _____ (casado/a, soltero/a, viudo/a) y vecino/a de _____, mediante mi firma, autorizo a los funcionarios del Área de Salud y Seguridad de la ACUDEN _____ central/regional _____, a verificar mis antecedentes, utilizando los siguientes medios:

1. *Puerto Rico Background Check* del Departamento de Salud
2. Resultados de Búsqueda de Antecedentes de Maltrato, Maltrato Institucional, Negligencia y Negligencia Institucional de la Administración de Familias y Niños del Departamento de la Familia (ADFAN).
3. Antecedentes Penales de cualquier estado donde haya residido fuera de P.R por los pasados 5 años.
4. Registro Ofensores Sexuales de cualquier estado donde haya residido fuera de P.R por los pasados 5 años.
5. Registro de Maltrato de Menores de cualquier estado donde haya residido fuera de P.R por los pasados 5 años.

Autorizo la búsqueda de información antes mencionada, con el único propósito de evaluar mi elegibilidad para ocupar un puesto como:

- Centro Licenciado: _____ Puesto: _____
- Hogar de Cuido Licenciado
- Hogar Exento no Familiar
- Cuidador en residencia del menor (autorizado)

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Región: _____